

Guardian Life, P.O. Box 14319,
Lexington, KY 40512

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan HILTON WATERFRONT BEACH RESORT	Número de plan colectivo: 00429264	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA ☐ Inscripción inicial ☐ Agregar Empleados/Miembros Dependientes/Familiares ☐ Cancelar/rechazar cobertura ☐ Modificar información		
En este formulario, se le denominará Empleado/Miembro. Sus familiares se denominarán como Dependientes/Familiares. También habrá ocasiones en las que, cuando se haga referencia a los Dependientes/Familiares, este formulario distinga entre su cónyuge y sus hijos. Según el tipo de plan que su Titular del plan haya seleccionado, otros documentos del plan pueden referirse a usted como empleado, miembro o un término similar, y, a los integrantes de su familia, como familiares, dependientes, dependientes elegibles o un término similar. Consulte la póliza de grupo, el certificado de cobertura, (a veces llamado guía para miembros), para ver cómo se definen los términos y determinar qué familiares tienen derecho a la cobertura. Los documentos del plan, como la póliza de grupo, el certificado de cobertura, (a veces llamado guía para miembros) controlan si hay alguna disputa sobre el significado de los términos utilizados en este formulario.		

Clase: EXEMPT
MANAGERS/DIRECTORS División: _____ Código de subtotal: _____ (Solicítelo a su Empleador/Titular del plan)

Acerca de usted: Nombre legal completo, Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: Cal es el nombre con el que pasas? (opcional)		Identificación proporcionada por el Empleador/Titular del plan: _____		Número de seguro social _____ - _____ - _____ Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.	
Dirección		Ciudad		Estado	
				Código postal	
Identidad de Género: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____					
Teléfono: (indicar primaria): ☐ la casa (____) ____ - ____ ☐ trabajar (____) ____ - ____ ☐ el telefono movil (____) ____ - ____					
Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) ☐ la casa _____ ☐ trabajar _____					
¿Está casado o tiene pareja o Asociación doméstica? ☐ Sí ☐ No Fecha de matrimonio/unión/Asociación doméstica: ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? ☐ Sí ☐ No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____					

<u>Acerca de su trabajo:</u>		Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo: _____
Condición de trabajo: ☐ Activo ☐ Jubilad ☐ COBRA/Continuación estatal	Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____		Salario anual: \$ _____

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir. Solo puede inscribir a los Dependientes/Familiares que son elegibles para la cobertura. Consulte los documentos del plan, como la póliza de grupo, la guía para miembros o el certificado, para determinar si un Dependiente/Familiar es elegible para la cobertura.

Si necesita espacio adicional, adjunte una página separada con esta información junto en su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros. Se puede solicitar más información para dependientes no estándar como un nieto, una sobrina o un sobrino.

Cónyuge (Siempre que el término cónyuge aparezca en este formulario, también incluye Asociación doméstica)		Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				
Hijo/dependiente 1:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				
Hijo/dependiente 2:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				
Hijo/dependiente 3:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				
Hijo/dependiente 4:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:				
Teléfono: () -				

Cancelar cobertura: ☐ Cancelar Empleado/Miembro ☐ Cancelar Dependientes/Familiares La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario. Último día de cobertura: ____ - ____ - ____ ☐ Extinción de la relación laboral ☐ Jubilación Último día trabajado: ____ - ____ - ____ ☐ Otra razón: _____ Fecha del evento: ____ - ____ - ____	Cobertura a cancelar: ☐ Seguro dental ☐ Empleado/Miembro ☐ Conyuge ☐ Hijo(s) ☐ Plan de Visión ☐ Empleado/Miembro ☐ Conyuge ☐ Hijo(s) ☐ Seguro de vida a término básico ☐ Vida a término voluntario ☐ Empleado/Miembro ☐ Conyuge ☐ Hijo(s) ☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo ☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo
Pérdida de otra cobertura: ☐ Extinción de la relación laboral: ____ - ____ - ____ ☐ Divorcio ____ - ____ - ____ ☐ Muerte del cónyuge o pareja ____ - ____ - ____ ☐ Finalización o vencimiento de la cobertura ____ - ____ - ____ Pérdida de la cobertura ☐ Seguro dental ☐ Vista	Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones: ☐ Estoy cubierto por otro plan de seguros. ☐ Otros _____ (es posible que se solicite información adicional)

Cobertura Dental: Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro + 1 dependiente	Empleado/Miembro, cónyuge o pareja y dependientes/hijos
Opción 1: Managed Dental Care	☐	☐	☐
Opción 2: PPO	☐	☐	☐

- Si elige el plan de atención dental administrada, debe tener un Dentista de Cabecera (PCD). Sírvase designar a su Dentista de Cabecera indicando el número de ubicación del consultorio dental para cada persona. Visite guardianlife.com y obtenga una lista de proveedores. Si usted no selecciona un Dentista de Cabecera, nosotros le asignaremos uno.

Empleado/Miembro _____ Cónyuge o pareja _____ Hijos _____

☐ No deseo Cobertura Dental porque (marque según correspondan):

☐ Estoy cubierto por otro plan Dental

☐ Mis dependientes/familiares están cubiertos por otro plan Dental

Cobertura de Vista: Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro + 1 dependiente	Empleado/Miembro, cónyuge o pareja y dependientes/hijos
Full Feature	☐	☐	☐

☐ No deseo esta Cobertura de Vista porque (marque según correspondan):

☐ Estoy cubierto por otro plan de Vista

☐ Mi cónyuge o pareja está cubierto por otro plan de Vista

☐ Mis dependientes/familiares están cubiertos por otro plan de Vista

Cobertura de Vida Básica con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D):

Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

El monto de la cobertura del seguro de vida que seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones

Monto de la póliza

Empleado/Miembro únicamente

☒ 100% del salario anual hasta un máximo de \$150,000

El Monto de Emisión

Garantizada es \$150,000.

*Si el Empleado/Miembro tiene más de 65 beneficios, pueden aplicarse reducciones que pueden cambiar el monto de GI. Consulte los materiales de inscripción para obtener más detalles.

DESIGNE SUS BENEFICIARIOS (los beneficiarios principales deben sumar 100%)**Beneficiarios principal:**

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____

Beneficiario Contingente: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador/Titular del plan conserva la información sobre beneficiarios.)

dependiente/ miembros de familia – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código

postal: _____

Teléfono: () - _____

Si esta cobertura de Vida Básica reemplazará la cobertura de seguro de vida vigente mediante su empleador actual, consigne el monto de la póliza anterior \$ _____

Notas Importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad para Vida Básico.

Cobertura de Vida Voluntario a Plazo: Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

El monto de la cobertura del seguro de vida que seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones.

Empleado/Miembro

Monto de la póliza *Marcar un casillero únicamente*

☐ \$25,000 ☐ \$50,000 ☐ \$75,000 ☐ \$100,000 ☐ \$125,000 ☐ \$150,000
☐ \$175,000 ☐ \$200,000* ☐ \$250,000 ☐ \$300,000**

Emisión garantizada hasta: Empleado Menores de 65 años \$200,000*, de 65 a 69 años \$10,000, \$0. Se debe completar la sección "Antecedentes clínicos" si se selecciona cualquier monto superior al monto de emisión de garantía. Importe adicional: por empleado \$100,000**. El importe adicional está disponible por Menores de 65 años. Se debe completar un formulario de "Prueba de asegurabilidad" si se selecciona cualquier monto superior al monto de emisión de garantía más monto adicional.

☐ No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Cónyuge o pareja

☐ 50% del monto del Empleado/Miembro, hasta un máximo de \$150,000

Emisión garantizada hasta: Cónyuge Menores de 65 años \$25,000, de 65 a 69 años \$5,000, \$0.

**El monto no podrá superar el 50% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.*

☐ No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Hijos

☐ 10% del monto del Empleado/Miembro, hasta un máximo de \$10,000

El Monto de Emisión Garantizada es \$10,000. La Emisión Garantizada con Monto Adicional es \$10,000.

**El monto no podrá superar el 10% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.*

☐ No quiero esta cobertura

Notas Importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad.

Empleado/Miembro Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%) Si elige beneficiarios diferentes que no son los mismos que los nombrados para Vida Básico, por favor indicar los nombres más abajo.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____

Beneficiario Contingente: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador/Titular del plan conserva la información sobre beneficiarios.)

Cónyuge o pareja y dependiente/hijo(s): Si el beneficiario previsto es una persona que no sea el Empleado/Miembro, complete el formulario de designación de beneficiario.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Comuníquese con su Empleador/Titular del plan con respecto a cualquier registro o cambio en la información de su beneficiario.

El cónyuge y el/los hijo(s) dependiente(s) – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el Empleado/Miembro, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____ - _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____

Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):*Beneficio semanal*

- ☒ 60% del salario hasta un máximo de \$1,500

Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD):

El monto de la cobertura de LTD seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones.

Beneficio mensual

- ☒ 60% del salario hasta un máximo de \$6,000

Historia clínica

Responda la siguiente pregunta si se inscribe en uno o más de los siguientes beneficios enumerados a continuación y si elige un monto superior a la cobertura de emisión garantizada. NOTA: Se puede requerir información adicional.

Vida Voluntario

¿En los últimos 6 meses, usted ha recibido atención médica, incluidos tratamientos, servicios, consultas, medidas de diagnóstico o seguimiento de una enfermedad en remisión; o ha tomado medicación recetada para el cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, alguna enfermedad relacionada con el SIDA o Complejo Relacionado con el SIDA, o cualquier otra condición crónica?

- ☐ Sí, he recibido o he sido tratado. ☐ No, no he recibido ni he sido tratado. ☐ Sí, mi cónyuge ha recibido o ha sido tratado. ☐ No, mi cónyuge no ha recibido ni ha sido tratado. ☐ Sí, mi hijo o hijos han recibido o han sido tratados. ☐ No, mis hijos no han recibido ni han sido tratados.

Debe completarse un formulario de Prueba de Asegurabilidad para cualquier persona que haya respondido "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores.

Firma

- Entiendo que mis dependientes/miembros de la familia no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables.
- Solo la vida: Entiendo que la cobertura de seguro de vida para un Dependiente de la familia, salvo los hijos recién nacidos, no será válida si el dependiente está ingresado en un hospital u otro centro médico, o se encuentra en reposo domiciliario o no puede desarrollar las actividades propias de una persona de su sexo y edad.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado/miembro activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.

- Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Entiendo que estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador/titular del plan pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.
- "La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud soliciten o usen una prueba de VIH como condición para obtener la cobertura del seguro de salud."

La falsedad de cualquier declaración en la solicitud de esta cobertura no impedirá el derecho a la recuperación en virtud de la póliza, a menos que dicha declaración falsa se haya realizado con la intención real de engañar o a menos que afecte materialmente la aceptación del riesgo o el peligro asumido por The Guardian. Compañía de Seguros de Vida de América.

La ley de California requiere que las aseguradoras que ofrecen pólizas o certificados de Accidente, Cáncer, Enfermedad Crítica e Indemnización Hospitalaria deben exigir que la persona asegurada tenga cobertura para beneficios de salud esenciales o cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal. Si no tiene los beneficios de salud esenciales o la cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal, no puede inscribirse en la cobertura de accidentes, cáncer, enfermedades graves o indemnización hospitalaria. Con su firma a continuación, usted confirma afirmativamente que usted y los dependientes que están cubiertos están cubiertos por los beneficios de salud esenciales o la cobertura esencial mínima tal como se define en la ley federal.

FIRMA DEL EMPLEADO/MIEMBRO X _____ FECHA _____

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados exigen que se incluyan las siguientes declaraciones en el formulario de inscripción:

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y puede ser pasible de multa de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de ellas.

Colorado: Es ilícito proporcionar, a sabiendas, información o hechos engañosos, incompletos o falsos a una compañía aseguradora con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Entre las penas se incluyen prisión, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. La compañía aseguradora o el agente de compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione información o hechos engañosos, incompletos o falsos a un tenedor de póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tenedor de póliza o reclamante respecto de la cancelación o indemnización a pagar en el seguro será denunciado a la Oficina de Seguros de Colorado del Departamento de Organismos Regulatorios.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, reclama los beneficios de una póliza de seguros presentando datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es delito dar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Entre las penalidades impuestas, se incluye encarcelamiento y/o multas. Asimismo, la aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si los datos relevantes que el solicitante presenta para realizar la reclamación son falsos.

Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave de tercer grado.

Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a un hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo que constituye un delito.

Louisiana y Texas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas o pena de prisión en una cárcel estatal.

Maryland: Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y podrá ser pasible de multas y encarcelamiento.

Nueva Jersey: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa queda sujeta a sanciones civiles y penales.

Nueva York: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información acerca de hechos esenciales para la reclamación, comete un acto fraudulento de seguro, el cual constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil de hasta cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada violación. (No se aplica al seguro de vida).

Nuevo México: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multa civil y sanciones penales o rechazo de los beneficios del seguro.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o, a sabiendas, de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones engañosas o falsas es culpable de fraude al seguro.

Rhode Island: Toda persona que, a sabiendas y con intención, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas y con intención, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas y pena de prisión.

Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a un asegurador, presente una solicitud o una demanda con declaraciones falsas o engañosas puede incurrir en violaciones a la ley estatal.